



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE
IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

DANIELLE CAROLINE DOS ANJOS HORA

Lagarto-SE
2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM
DOENÇA DE ALZHEIMER**

DANIELLE CAROLINE DOS ANJOS
HORA

Trabalho de Conclusão do Curso de
Curso apresentado ao Departamento
de Fisioterapia de Lagarto,
Universidade Federal de Sergipe, como
parte dos requisitos para graduação em
Fisioterapia, sob a orientação da Prof^a.
Dr^a. Júlia Guimarães Reis da Costa.

Lagarto-SE

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CAMPUS DE LAGARTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

H717a Hora, Danielle Caroline dos Anjos
Avaliação da funcionalidade e qualidade de vida de idosos com
doença de Alzheimer / Danielle Caroline dos Anjos Hora;
orientadora Júlia Guimarães Reis da Costa. – Lagarto/SE, 2017.
31 f. : il.

Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Federal
de Sergipe, 2017.

1. Doença de Alzheimer. 2. Qualidade de vida. 3. Idoso I.
Costa, Júlia Guimarães Reis da, orient. III. Título.

CDU 616.831

DANIELLE CAROLINE DOS ANJOS HORA

AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE
IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

Trabalho de Conclusão do Curso de
Curso apresentado ao Departamento
de Fisioterapia de Lagarto,
Universidade Federal de Sergipe, como
parte dos requisitos para graduação em
Fisioterapia, sob a orientação da Prof^a.
Dr^a. Júlia Guimarães Reis da Costa.

Lagarto, 13 de junho de 2017.

Nota_____

Data de aprovação:_____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof.(a) Ms. – Júlia Guimarães Reis da Costa

Assinatura:_____

Prof(a). Ms. – Karine Vaccaro Tako

Assinatura: _____

Prof.(a) Ms -- Andrezza Marques Duque

Assinatura:_____

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, que sem ele nada existe e nada pode ser feito, a ele toda honra e glória.

Em segundo a minha orientadora Júlia Reis que com toda paciência, carinho e dedicação me ajudou de forma intensa na confecção deste trabalho.

Aos meus pais e namorado que sempre me deram suporte para chegar até aqui de forma integra e com todo o amor a mim dedicados.

Aos funcionários e idosos da Abraz que tanto me ajudaram a chegar até aqui, em especial a Cristina e sua irmã que me deram todo apoio durante as coletas de dados, e a Dr^a. Suzana pelo apoio e incentivo a pesquisa.

Aos meus amigos que me ajudaram na construção desse trabalho me dando todo carinho e amizade para que este fosse concluído.

Agradeço a cada pessoa que de forma direta ou indireta me fez concluir este trabalho e me ajudou para que desse tudo certo nesta reta final de conclusão do curso.

Meus mais sinceros agradecimentos.

EPÍGRAFE

“Quem tem luz própria não morre no escuro”
(Grupo Revelação)

RESUMO

Objetivos: Avaliar a funcionalidade e qualidade de vida de idosos com Doença de Alzheimer (DA), além de caracterizá-los quanto aos dados sócio-demográficos e comparar a percepção da qualidade de vida dos idosos nas visões dele próprio e do cuidador. **Métodos:** Participaram do estudo dez indivíduos, dos municípios de Lagarto e Aracaju, com idade igual ou superior a 60 anos. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram ficha de avaliação, escala de avaliação clínica da demência, questionário de avaliação da qualidade de vida e o índice de Katz. **Resultados:** Os idosos apresentaram média de idade de 72,2 anos (DP=8,02); peso 66,7 Kg (DP=8,17) e altura 1,64m (DP=0,09). A amostra foi composta por oito mulheres (80%) e dois homens (20%), onde oito foram classificados como demência leve e dois, moderada. A qualidade de vida na visão do paciente apresentou o escore de 35,2 pontos (DP=6,89) e na versão do familiar, 31,9 pontos (DP=4,53). No Índice de Katz, a pontuação final média foi de 5 pontos (DP=1,32). **Conclusão:** Foi possível observar que a funcionalidade da maioria dos idosos permanece inalterada, o que pode ter sido responsável pela semelhança de percepção sobre a qualidade de vida do idoso observada nos autorrelatos e nos relatos dos cuidadores.

Descritores: Doença de Alzheimer, qualidade de vida, idoso.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the functionality and quality of life of elderly people with Alzheimer's disease (AD), in addition to characterize socio-demographic data and to compare the perception of the quality of life of the elderly in the visions of themselves and the caregiver. **Methods:** Ten individuals from the municipalities of Lagarto and Aracaju, aged 60 years or over, participated in the study. The instruments used in the data collection were the evaluation form, the clinical evaluation scale for dementia, the quality of life questionnaire and the Katz index. **Results:** The elderly had a mean age of 72.2 years (SD=8.02); weight 66.7 kg (SD=8.17) and height 1.64m (SD=0.09). The sample consisted of eight women (80%) and two men (20%), where eight were classified as mild dementia and two, moderate. The quality of life in the patient's vision presented a score of 35.2 points (dp = 6.89) and in the caregivers version, 31.9 points (dp = 4.53). In the Katz Index, the mean final score was 5 points (SD = 1.32). **Conclusion:** It was possible to observe that the functionality of the majority of the elderly remains unchanged, which may have been responsible for the similarity of perception about the quality of life of the elderly observed in the self reports and in the reports of the caregivers.

Keywords: Alzheimer's disease, quality of life, elderly.

SUMÁRIO

Introdução.....	11
Métodos.....	13
Resultados.....	14
Discussão.....	16
Conclusão.....	18
Referências.....	19
Apêndice 1.....	21
Apêndice 2.....	23
Anexo 1.....	25
Anexo 2.....	26
Anexo 3.....	27
Anexo 4.....	28
Anexo 5.....	29
Anexo 6.....	32

AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

Danielle Caroline dos Anjos Hora ¹; Júlia Guimarães Reis da Costa ²

1. Graduanda da Universidade Federal de Sergipe

2. Docente da Universidade Federal de Sergipe

Rua 19, nº 03, Nossa Senhora do Socorro, Sergipe,

CEP: 49160-000 (79) 999137745, daniellehorafisio@hotmail.com

Universidade Federal de Sergipe

Financiado pelos autores

Resumo

Objetivos: Avaliar a funcionalidade e qualidade de vida de idosos com Doença de Alzheimer (DA), além de caracterizá-los quanto aos dados sócio-demográficos e comparar a percepção da qualidade de vida dos idosos nas visões dele próprio e do cuidador. **Método:** Participaram do estudo dez indivíduos, dos municípios de Lagarto e Aracaju, com idade igual ou superior a 60 anos. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram ficha de avaliação, escala de avaliação clínica da demência, questionário de avaliação da qualidade de vida e o índice de Katz. **Resultados:** Os idosos apresentaram média de idade de 72,2 anos (DP=8,02); peso 66,7 Kg (DP=8,17) e altura 1,64m (DP=0,09). A amostra foi composta por oito mulheres (80%) e dois homens (20%), onde oito foram classificados como demência leve e dois, moderada. A qualidade de vida na visão do paciente apresentou o escore de 35,2 pontos (DP=6,89) e na versão do familiar, 31,9 pontos (DP=4,53). No Índice de Katz, a pontuação final média foi de 5 pontos (DP=1,32). **Conclusão:** Foi possível observar que a funcionalidade da maioria dos idosos permanece inalterada, o que pode ter sido responsável pela semelhança de percepção sobre a qualidade de vida do idoso observada nos autorrelatos e nos relatos dos cuidadores.

Descritores: Doença de Alzheimer, qualidade de vida, idoso.

INTRODUÇÃO

A população acima dos 60 anos cresce a cada ano, chegando aos dias atuais a aproximadamente 15 milhões de pessoas e com projeção para 15% da população brasileira no ano de 2020. Junto com o envelhecimento da população, aumenta a prevalência de doenças relacionadas à senescência como as coronariopatias, as neoplasias, a osteoporose e as demências¹.

Em termos epidemiológicos, a doença de Alzheimer (DA) é colocada como o tipo mais comum de demência e é responsável por cerca de 56% do número total de casos. A prevalência é de aproximadamente 5% dos indivíduos com mais de 65 anos e 20% daqueles com mais de 80 anos².

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, a população de idosos no Brasil em 2017 é de 38,08% da população total e em Sergipe corresponde à 26,22%. Já em 2030, a população de idosos no Brasil será de 76,39% e em Sergipe será de 52,06%. A população passará da classificação em processo de envelhecimento para uma população envelhecida³.

Um relatório referente ao ano de 2012 da Organização Mundial da Saúde (OMS), constava que mais de 35 milhões de pessoas em todo o mundo tinha demência. Acrescentou que esse número deveria duplicar em 2030 (66 milhões) e triplicar até 2050 (115 milhões). A doença de Alzheimer foi citada como a forma mais comum de demência, respondendo por 60% a 70% dos casos⁴.

A DA é dita como uma síndrome clínica que se manifesta de forma motora quanto cognitiva. Segundo a Associação Brasileira de Alzheimer, a doença se apresenta como demência ou perda de funções cognitivas (memória, orientação, atenção e linguagem), causada pela morte de células cerebrais⁵.

O declínio na função cognitiva relacionado com o avanço da idade, é mais gradual e associado a menos incapacidades quando comparado a DA. Esta, por sua vez, começa com sintomas leves e termina com danos cerebrais graves, que resultam em perda variada de habilidades⁶. Inicialmente ocorrem alterações no córtex e em seguida, no hipocampo, que é a região responsável pela formação da memória⁷.

Em decorrência da degeneração dos neurônios, ocorre o prejuízo na memória dos idosos com DA⁷. A princípio há uma diminuição da memória de curto prazo e consequente perda de interesse em atividades habituais ou prazerosas.

Logo depois, o impacto é na memória de longo prazo, que resulta em irritabilidade, dificuldades de linguagem, apraxia (que é a impossibilidade da realização de movimentos) e a agnosia (que está relacionada a percepção de modo geral)⁸.

Na fase leve, esses idosos também podem apresentar desorientação temporal e espacial, além de perda do interesse por lazer e outras atividades. Na fase moderada, as dificuldades ficam mais evidentes e severas, há o esquecimento de nomes de pessoas, dificuldade em viver sozinho devido à incapacidade de realizar atividades instrumentais de vida diária, sinais de irritabilidade e alucinações, além de dificuldade na fala. Já na fase grave, a memória encontra-se bastante comprometida, há dificuldade na deglutição e orientação dentro da própria casa, incontinência urinária/fecal e alteração na marcha, o que pode necessitar de cadeira de rodas ou ficar acamado⁸.

Ao longo da evolução da DA as dificuldades nas atividades de vida diária aumentam, devido à diminuição progressiva de suas funções e perda da autonomia, o que pode prejudicar tanto a funcionalidade quanto a qualidade de vida do idoso. A capacidade funcional seria a aptidão do indivíduo de realizar atividades cotidianas sem a necessidade de auxílio para desenvolvê-las. Através dela é possível verificar como doenças ou agravos interferem no desempenho das atividades. Essa avaliação pode ser complementada por outros indicadores de saúde como a avaliação da qualidade de vida (QV)^{9,10}.

Segundo a OMS, a QV é definida como a percepção do indivíduo em relação à sua posição na vida, no contexto (cultura e valor) em que vivem, e em relação aos seus objetivos, expectativas e padrões, na vida familiar, amorosa, social, ocupacional, ambiental e existencial. Há um instrumento específico que avalia a QV de indivíduos com DA^{11,12}.

Em virtude das alterações progressivas e degenerativas da DA, além de sua interferência na autonomia, independência e bem-estar de idosos, o presente estudo teve o objetivo de avaliar a funcionalidade e a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer, além de caracterizar o perfil dos idosos com DA e comparar a percepção da qualidade de vida dos idosos nas visões do cuidador e dele mesmo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo do tipo transversal, onde foram incluídos 10 idosos com idades entre 60 e 88 anos, bem como seus cuidadores. A amostra foi selecionada num período de 3 meses (20/03/17 a 19/05/17), a partir de buscas em instituições de longa permanência (uma na cidade de Lagarto-SE e duas na cidade de Aracaju-SE), bem como na comunidade.

Dentre os critérios de inclusão estiveram o interesse em ser avaliado, a presença do diagnóstico de doença de Alzheimer leve ou moderada. Já os critérios de exclusão foram indivíduos que não possuísem capacidade de demonstrar interesse em participar da pesquisa ou que apresentassem qualquer limitação que os impedissem de responder aos questionários.

Dentre os idosos excluídos, dez idosos estavam no estágio avançado da DA, o que dificultava a compreensão dos questionários; e, dois, apresentaram outras demências como diagnóstico. Àqueles que foram incluídos, assim como seus familiares, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 1) autorizando a utilização dos dados por esta pesquisa, que obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE: 62110516.7.0000.5546).

Para caracterização da amostra foi utilizada uma ficha de avaliação que constava de identificação (nome, endereço, telefone, naturalidade), dados sócio-demográficos (idade, sexo, escolaridade, comorbidades) (APÊNDICE 2)

A escala de avaliação clínica da demência (CDR) foi utilizada para avaliar a gravidade da demência. É composta por seis categorias com aspectos cognitivo e comportamentais: memória, orientação, julgamento ou solução de problemas, relações comunitárias, atividades no lar ou de lazer e cuidados pessoais. A pontuação dada para cada categoria é classificada em: 0 (nenhuma alteração); 0,5 (questionável); 1 (demência leve); 2 (demência moderada); e 3 (demência grave), exceto a categoria cuidados pessoais, que não tem o nível 0,5. A memória é o item considerado principal, enquanto os demais, secundários¹⁴.

A avaliação da qualidade de vida foi realizada através do instrumento de avaliação da QV na DA (QdV-DA), cuja linguagem é simples e direta, a fim de evitar dificuldades de compreensão. Foram utilizadas as versões para autorrelato e para o cuidador avaliar a QV do idoso, considerando os domínios físicos, cognitivos,

comportamental e social. As respostas para cada item constavam como ruim, regular, bom e excelente. Estas foram consolidadas em pontuações de um a quatro, respectivamente. O escore final variou de 13 a 52 pontos, e, quanto maior a pontuação, melhor a percepção do familiar sobre a QV do idoso, e, do próprio sobre si mesmo¹⁵.

Na avaliação da funcionalidade, baseando-se na autonomia do idoso em realizar atividades básicas de vida diária (ABVD's), foi utilizada a Escala de Katz, onde foram avaliados domínios como tomar banho; vestir-se; utilizar o vaso sanitário; transferências; controle de esfínteres e alimentar-se. A pontuação variou de 0 à 6, onde o idoso foi classificado como independente (6 pontos), com dependência moderada (3-5 pontos) e severa dependência (0-2 pontos)¹⁶.

Os dados foram submetidos à análise estatística com a utilização do programa SPSS (SPSS for Windows, V16.0 – SPSS Inc., EUA). Para os dados sócio-demográficos e de caracterização da amostra foram realizadas análises descritivas com valores de frequências absolutas (n) e relativas (%), já para os dados referentes à QV e funcionalidade, utilizou-se média e desvio-padrão. O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para verificar se os valores se enquadravam na curva de distribuição normal. Em seguida, foi utilizado o teste T-Student para comparação entre os grupos da percepção da QV do idoso. Foi considerado o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

No período de três meses de coleta de dados, foram avaliados dez idosos com média de idade de 72,2 anos (DP=8,02); peso 66,7 Kg (DP=8,17) e altura 1,64m (DP=0,09). A amostra foi composta por oito mulheres (80%) e dois homens (20%), onde oito foram classificados como demência leve e dois, moderada. Apenas uma idosa morava em instituição de longa permanência.

Dos dez cuidadores que também participaram respondendo ao questionário QVL-DA, nove eram familiares e uma não era da família (idosa institucionalizada). No que se diz respeito aos dados sócio-demográficos, a maior parte dos idosos

apresentou 2º completo, renda salarial de 1-2 salários mínimos e hipertensão arterial como comorbidade (Tabela 1).

Tabela1: Caracterização de idosos com doença de Alzheimer (DA) nas cidades de Aracaju e Lagarto-Sergipe, 2017

	Quantidade (n)	Porcentagem(%)
Idade		
60 a 69 anos	2	20
70 a 79 anos	5	50%
≥ 80 a nos	3	30%
Sexo		
Feminino	8	80%
Masculino	2	20%
Escolaridade		
não alfabetizado	1	10%
1º grau incompleto	2	20%
1º grau completo	2	20%
2º grau incompleto	1	10%
2º grau completo	4	40%
Outras doenças		
HAS	5	50%
HAS/DM	3	30%
Nenhuma	2	20%
Renda Salarial		
1-2 salários	5	50%
2-3 salários	3	30%
3-4 salários	2	20%
Cuidador		
Familiar	9	90%
Outros	1	10%

A qualidade de vida na visão do paciente apresentou o escore final médio de 35,2 pontos (DP=6,89) e na versão do familiar, média de 31,9 (DP=4,53). Entretanto, não houve diferença significativa entre os grupos ($p>0,05$) (Gráfico 1).

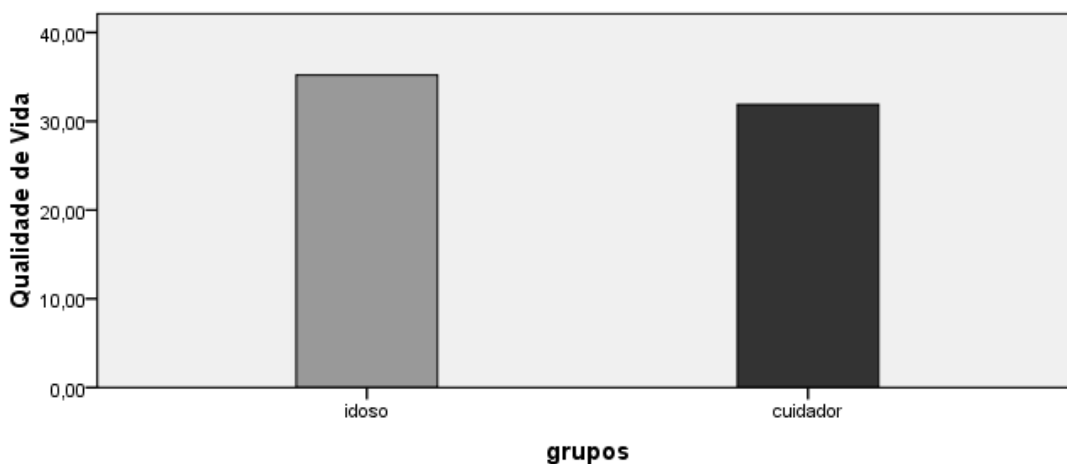


Gráfico1: Valores referentes ao instrumento de avaliação da QVL-DA.

Nos resultados do Índice de Katz a pontuação final média foi de 5 pontos ($dp=1,32$), sendo que 2 idosos obtiveram o escore 2 pontos (20%), 2 idosos o escore de 5 pontos (20%) e 6 idosos apresentaram 6 pontos (60%).

DISCUSSÃO

A população idosa no Brasil assim como os casos de DS, vêm aumentando significativamente. Entretanto, ainda são escassos estudos que avaliam da qualidade de vida dessa população emergente. Teixeira et al. (2015)¹⁷, acrescentam ainda que no Brasil, poucos são os estudos sobre morbimortalidade por doença de Alzheimer.

A maioria dos estudos aborda as demências em geral ou se restringem a uma pequena amostra, geralmente de unidades hospitalares, instituições asilares ou grupos sócio-economicamente diferenciados. Essa escassez de dados nacionais constitui uma lacuna no conhecimento do perfil epidemiológico da doença no país, apesar do seu conhecido impacto sobre o doente, a família e o cuidador¹⁷.

Os idosos do presente estudo foram em sua maioria mulheres (80%), com idade entre 70-79 anos, bom nível de escolaridade, renda entre baixa e média (2-4 salários mínimos), e apresentavam como comorbidades a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Estudos^{14,18,19} também mostraram o predomínio do sexo feminino em idosos com DA. Esse dado reforça a característica de que pode haver uma

influência da feminilização na velhice, uma vez que as mulheres vivem mais que os homens, o que aumenta as chances de serem acometidas pela DA⁸.

Outro importante fator de risco para DA é o baixo nível de escolaridade¹³. Ao contrário deste estudo, onde a maior parte dos idosos relatou ter completado o segundo grau, outros autores mostraram uma escolaridade entre 4-5 anos^{8,20}. Entretanto, no estudo de Talmielli et al. (2010)²¹ grande parte dos idosos com DA estudaram mais de 9 anos.

Quanto às comorbidades, 80% dos idosos avaliados neste estudo apresentaram outras doenças como hipertensão e diabetes mellitus. Esses achados também foram encontrados em outros estudos^{20,22} que observaram que além das demências, os idosos eram acometidos por doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão, diabetes e neoplasias. A doença mais citada foi a hipertensão arterial.

Outro dado que pôde ser observado estava relacionado aos cuidadores. Todos eram do sexo feminino e nove eram membros da família (netas, noras, filhas, esposas, sobrinhas). Santos e Borges (2015)⁸, corroboram esses achados e atribuem o predomínio de cuidadores/familiares do sexo feminino ao padrão cultural, que considera a mulher como responsável pela organização familiar e o cuidado como função feminina²³⁻²⁵.

O índice de Katz, relacionado às ABVD's, classificou os idosos em independentes (80%), com dependência moderada (20%) e dependência severa (20%). Em uma revisão realizada por Duarte et al. (2007)¹⁰, o índice mostrou-se útil para evidenciar a instalação da incapacidade funcional os idosos, avaliar demandas de assistências e a efetividade do tratamento além de contribuir para a ajuda na área da reabilitação.

A avaliação da QV não observou diferença significativa entre a percepção do cuidador e do idoso. É possível que isso tenha ocorrido devido ao maior número de idosos com DA no estágio leve, onde a capacidade de crítica pode estar mais preservada. Já nos casos de DA moderada, em virtude do declínio na capacidade de julgamento, a pontuação do idoso pode ser maior do que a do cuidador.

Novelli (2006)¹⁵ também afirmou que houve correlação entre auto-relato e relato do cuidador no estágio leve, ao contrário do estágio moderado, onde observou-se apenas uma tendência de correlação. Relatou ainda que indivíduos

classificados com demência leve, apresenta boa a capacidade de avaliar sua qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O perfil da maior parte dos idosos avaliados sexo feminino, idade entre 70-79 anos, bom nível de escolaridade, renda entre baixa e média (2-4 salários mínimos), e presença de Hipertensão Arterial como comorbidade.

Conforme aumenta o comprometimento físico e cognitivo do idoso com doença de Alzheimer, maiores são as dificuldades encontradas, especialmente nas atividades de vida diária. Os idosos se tornam cada vez mais dependentes e os problemas elencados pelos cuidadores aumentam.

Entretanto, foi possível observar na amostra avaliada, que a maioria dos idosos foi classificada como grau leve e ainda tem as atividades básicas de vida diária preservadas. Isto pode justificar a ausência de diferença entre a percepção do idoso e do cuidador, sobre a qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS

1. Aprahamian I, Martinelli JE, Yassuda MS. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. Revista Brasileira de Clínica Médica. Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP, 2009; 7: 27-35.
2. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Influência da doença de Alzheimer na percepção de qualidade de vida de idosos. Universidade de São Paulo. Rev. Esc de Enfermagem USP 2010; 44(4):1093-9.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) www.ibge.gov.br. Consultado em Julho 2017.
4. Burlá C, Pessini L, Siqueira JE, Nunes R. Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. Rev. bioét. (Impr.) 2014; 22(1): 85-93.
5. Associação Brasileira de Alzheimer - ABRAZ. Disponível em <http://www.abraz.com.br>. Acesso dia 10 de Março de 2016.
6. Duthey B. Background paper 6.11: Alzheimer disease and other dementias. Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP6_11Alzheimer.pdf Acesso em 5 de Dez de 2016.
7. Souza IP, Santos LM, Santana VS, Feitosa AG. Capacidade funcional de idosos com doença de Alzheimer e Parkinson. Revista Pesquisa em Fisioterapia 2014; 4: 78-84.
8. Santos MD, Borges S M. Percepção da funcionalidade nas fases leve e moderada da doença de Alzheimer: visão do paciente e seu cuidador. Rev Bras Geriatr Gerontol 2015; 18(2):339-349.
9. Kato E, Radanovic. Fisioterapia nas demências. São Paulo, SP: Atheneu, 2008.
10. Duarte Y, Andrade CLD, Lebrão MLO. Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(2):317-25.
11. Montenegro SMR, Silva CAB. Os efeitos de um programa de fisioterapia como promotor de saúde na capacidade funcional de mulheres idosas institucionalizadas. Rev Bras Geriatr Gerontol 2007; 10 (2):161-78.
12. Organização Mundial da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1995.
13. Guedes DV, Barbosa AJG, Magalhães NC. Qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo: auto e heterorrelatos. Avaliação Psicológica 2013; 12(1): 9-17.

14. Montañó Maria Beatriz M. Macedo; Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Revista de Saúde Pública* 2005; 39 (6): 912-917.
15. Novelli MMPC. Validação da escala de Qualidade de Vida para pacientes com doença de *Alzheimer* e seus respectivos cuidadores/familiares [tese]. São Paulo: USP/Programa de Pós Graduação em Ciências; 2006.
16. Lino VTS. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública* 2008; 24(1):103-112.
17. Teixeira JB et al. Doença de Alzheimer: estudo da mortalidade no Brasil, 2000-2009. *Cad Saúde Pública* 2015; 31(4):1-12.
18. Pinto MF, Barbosa DA, Ferreti CEL, Souza LF, Fram DS, Belasco AGS. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta paulista de enfermagem* 2009; 22(5): 652-7.
19. Herrera EJr, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2002; 16:103–08.
20. Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM., Leal PFG. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011; 14(1):109-121.
21. Talmelli LFS, Gratão ACM, Kusumota L, Rodrigues RAP. Functional independence level and cognitive deficit in elderly individuals with Alzheimer's disease. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 4(4):933-9.
22. Pacheco RO, Santos SSC. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. *Textos Envelhecimento* 2005; 7: 1-10.
23. Reis LA, Santos KT, Reis LA, Gomes NP. Quality of life and associated factors for caregivers of functionally impaired elderly people. *Braz J Phys Ther* 2013; 17(2):146-151.
24. Pavarini SCI, Melo LC, Silva VM, Orlandi FS, Mendiando MSZ, Filizola CLA, et al. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. *Rev Eletrônica Enferm* 2008; 10(3):580-90.
25. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(2):350-7.

APÊNDICE 1

Universidade Federal de Sergipe – UFS
Núcleo de Fisioterapia do Campus de Lagarto- SE
Projeto de Extensão:

Avaliação da funcionalidade e qualidade de vida em idosos com Alzheimer

Ficha de Avaliação**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____

Data Avaliação: ____/____/____

Endereço: _____

Telefone: _____

Naturalidade: _____

Agente Comunitário de Saúde: _____

Unidade básica de saúde: _____

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Peso:

Altura:

IMC:

DADOS SÓCIO- DEMOGRÁFICOS

Idade:

Sexo:

Renda mensal:

() < 1 salário mínimo

() 1-2 salários mínimos

() 2-3 salários mínimos

() 3-4 salários mínimos

() > 4 salários mínimos

Escolaridade:

- ☐ Não alfabetizado
- ☐ 1º grau incompleto
- ☐ 1º grau completo
- ☐ 2º grau incompleto
- ☐ 2º grau completo

COMORBIDADES

Hipertensão: ☐ SIM ☐ NÃO

Diabetes Mellitus: ☐ SIM ☐ NÃO

Dislipidemia: ☐ SIM ☐ NÃO

☐ NÃO SABE INFORMAR

APÊNDICE 2

Universidade Federal de Sergipe
Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho
Núcleo de Fisioterapia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Convido o(a) Sr(a) a participar de uma pesquisa, cujo objetivo geral é avaliar a funcionalidade e qualidade de vida de idosos com Doença de Alzheimer (DA). Os objetivos específicos serão caracterizar os idosos com DA; avaliar a cognição dos idosos e relacionar a funcionalidade e qualidade de vida de idosos com DA.

Essa pesquisa faz parte do projeto intitulado: “Avaliação da funcionalidade e qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer”. A participação do idoso será de forma direta, respondendo aos questionários e entrevista. No caso do cuidador e/ou familiar, irá responder a um questionário que avalia a qualidade de vida de idosos com Alzheimer.

Não haverá identificação dos seus dados pessoais, pois todas as informações são confidenciais e os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa. Sua participação não acarretará maiores riscos (exceto tempo gasto para responder aos questionários) e nem custos, também não haverá remuneração financeira. Em qualquer etapa do estudo, poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas. É garantida a liberdade para desistência da participação a qualquer momento.

Sua participação é muito importante para sabermos como está a qualidade de vida e funcionalidade de idosos com Doença de Alzheimer. Caso concorde em participar, assine ao final desse termo, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra dos pesquisadores.

Eu, _____, RG

_____ declaro ter compreendido as informações oferecidas pelo

entrevistador e concordo em participar da pesquisa por livre e espontânea vontade, permitindo que as informações sejam utilizadas para desenvolvimento da pesquisa.

Lagarto, ____ de_____, 201__

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura do pesquisador

Contato: (79) 99913-7745 (Danielle Hora)

ANEXO 1

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA - escala
CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR)

	Saudável CDR 0	Demência questionável CDR 0,5	Demência leve CDR 1	Demência moderada CDR 2	Demência grave CDR 3
MEMÓRIA	Sem perda de memória, ou apenas esquecimento discreto e inconsistente	Esquecimento leve e consistente; lembrança parcial de eventos; "esquecimento benigno"	Perda de memória moderada, mais acentuada para fatos recentes; o déficit interfere com atividades do dia-a-dia	Perda de memória grave; apenas material muito aprendido é retido; materiais novos são rapidamente perdidos	Perda de memória grave; apenas fragmentos permanecem
ORIENTAÇÃO	Plenamente orientado	Plenamente orientado	Dificuldade moderada com as relações de tempo; orientado no espaço no exame, mas pode ter desorientação geográfica em outros locais	Geralmente desorientado	Orientação pessoal apenas
JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Resolve bem problemas do dia-a-dia, juízo crítico é bom em relação ao desempenho passado	Leve comprometimento na solução de problemas, semelhanças e diferenças	Dificuldade moderada na solução de problemas, semelhanças e diferenças; julgamento social geralmente mantido	Gravemente comprometido para solução de problemas, semelhanças e diferenças. Juízo social geralmente comprometido	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico
ASSUNTOS NA COMUNIDADE	Função independente na função habitual de trabalho, compras, negócios, finanças, e grupos sociais	Leve dificuldade nestas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades embora ainda possa desempenhar algumas; pode parecer normal à avaliação superficial	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora de casa	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece muito doente para ser levado a atividades fora de casa
LAR E PASSATEMPOS	Vida em casa, passatempos, e interesses intelectuais mantidos	Vida em casa, passatempos, e interesses intelectuais levemente afetados	Comprometimento leve mas evidente em casa; abandono das tarefas mais difíceis; passatempos e interesses mais complicados são também abandonados	Só realiza as tarefas mais simples. Interesses muito limitados e pouco mantidos	Sem qualquer atividade significativa em casa
CUIDADOS PESSOAIS	Plenamente capaz	Plenamente capaz	Necessita assistência ocasional	Requer assistência no vestir e na higiene	Requer muito auxílio nos cuidados pessoais. Geralmente incontinente

ANEXO 2

<i>Envelhecimento e demência: Qualidade de vida na DA</i> (Versão do paciente)				
Nome do sujeito	Número da avaliação	Data da entrevista		
O entrevistador aplica de acordo com as instruções padronizadas. Faça um círculo ao redor da resposta.				
1. Saúde Física	Ruim	Regular	Bom	Excelente
2. Disposição	Ruim	Regular	Bom	Excelente
3. Humor	Ruim	Regular	Bom	Excelente
4. Moradia	Ruim	Regular	Bom	Excelente
5. Memória	Ruim	Regular	Bom	Excelente
6. Família	Ruim	Regular	Bom	Excelente
7. Casamento	Ruim	Regular	Bom	Excelente
8. Amigos	Ruim	Regular	Bom	Excelente
9. Você em geral	Ruim	Regular	Bom	Excelente
10. Capacidade para fazer tarefas	Ruim	Regular	Bom	Excelente
11. Capacidade para fazer atividades de lazer	Ruim	Regular	Bom	Excelente
12. Dinheiro	Ruim	Regular	Bom	Excelente
13. Vida em geral	Ruim	Regular	Bom	Excelente

Comentários:

Total:

ANEXO 3

Envelhecimento e Demência: Qualidade de vida na DA (Versão familiar)				
Nome do sujeito	Número da avaliação	Data da entrevista		
<p><i>As questões a seguir são sobre a qualidade de vida de seu parente</i> <i>Quando você pensa sobre a vida de seu parente, existem diferentes aspectos,</i> <i>alguns dos quais são listados abaixo.</i> Por favor, pense sobre cada item e marque qualidade de vida atual de seu parente em cada área usando uma das quatro palavras: Ruim, Regular, Bom, ou Excelente. Por favor, marque estes itens baseado na vida de seu parente no presente momento (ex. Dentro de poucas semanas). Se você tiver dúvidas sobre qualquer item, por favor, peça à pessoa que lhe de assistência.</p> <p style="text-align: center;"><i>Circule suas respostas</i></p>				
1. Saúde Física	Ruim	Regular	Bom	Excelente
2. Disposição	Ruim	Regular	Bom	Excelente
3. Humor	Ruim	Regular	Bom	Excelente
4. Moradia	Ruim	Regular	Bom	Excelente
5. Memória	Ruim	Regular	Bom	Excelente
6. Família	Ruim	Regular	Bom	Excelente
7. Casamento	Ruim	Regular	Bom	Excelente
8. Amigos	Ruim	Regular	Bom	Excelente
9. Você em geral	Ruim	Regular	Bom	Excelente
10. Capacidade para realizar tarefas	Ruim	Regular	Bom	Excelente
11. Capacidade para fazer atividades de lazer	Ruim	Regular	Bom	Excelente
12. Dinheiro	Ruim	Regular	Bom	Excelente
13. A vida em geral	Ruim	Regular	Bom	Excelente

Pontos:

ANEXO 4

INDICE DE KATZ (A.V. D.)

1 LAVAR-SE

- ☐ Toma banho, sem necessitar de qualquer ajuda
- ☐ Precisa apenas de ajuda para lavar alguma parte do corpo.
- ☐ Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho.

2 VESTIR-SE:

- ☐ Apanha a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda.
- ☐ Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos.
- ☐ Precisa de ajuda para apanhar a roupa e não se veste por completo.

3 UTILIZAR O SANITÁRIO:

- ☐ Utiliza o sanitário, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e despeja-o de manhã, sem ajuda.
- ☐ Precisa de ajuda para ir ao sanitário, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o penico, de noite.
- ☐ Não consegue utilizar o sanitário.

4 MOBILIZAR-SE:

- ☐ Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se, sem ajuda.
- ☐ Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda.
- ☐ Não se levanta da cama.
- ☐


5 SER CONTINENTE:

- ☐ Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas.
- ☐ Tem incontinência ocasional.
- ☐ É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância.

6 ALIMENTAR-SE:

- ☐ Come sem qualquer ajuda.
- ☐ Necessita de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão.
- ☐ Necessita de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou total mente, por sonda ou por via endovenosa.

ANEXO 5

UFS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ DA UNIVERSIDADE FEDERAL	
-----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da funcionalidade e qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer.

Pesquisador: Júlia Guimarães Reis da Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62110516.7.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.967.275

Apresentação do Projeto:

O projeto terá a participação de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e será realizado na comunidade do município de Lagarto. Dentre os critérios de inclusão estarão o interesse em ser avaliado, a presença do diagnóstico de doença de Alzheimer leve ou moderada, e a presença de valor superior a 10 (LOGSDON et al., 2002) no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN, FOLSTEIN, & MCHUGH, 1975). As avaliações constarão de uma ficha com identificação, medidas antropométricas, dados sociodemográficos, hábitos de vida. Os demais instrumentos utilizados serão: Mini Exame do Estado Mental (MEEM); A qualidade de vida será avaliada por meio da Escala QdV-DA, usando as versões para autorrelato e para o cuidador avaliar a QV do idoso. A Escala de Katz permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades básicas da vida diária (ABVD's).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a funcionalidade e qualidade de vida de idosos com Doença de Alzheimer

Objetivo Secundário:

Caracterizar os idosos com DA do município de Lagarto; Avaliar a cognição dos idosos com DA; Relacionar a funcionalidade e qualidade de vida de idosos com DA.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº	CEP: 49.000-110
Bairro: Santário	
UF: SE	Município: ARACAJU
Telefone: (79)2105-1805	E-mail: cephu@ufs.br

**UFS - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ
DA UNIVERSIDADE FEDERAL**



Continuação do Parecer: 1.987.275

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Toda pesquisa envolvendo seres humanos oferece risco ao participante, conforme Resolução CNS466/12.

Benefícios:

A partir do estudo realizado deve-se desenvolver um mapeamento para identificação de riscos e assim elaborar ações de prevenção e promoção de saúde, contribuindo com o bem-estar dos indivíduos envolvidos na pesquisa e de outros indivíduos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplicam.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_811413.pdf	04/01/2017 18:40:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de pesquisa.pdf	04/01/2017 18:39:17	Júlia Guimarães Reis da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/01/2017 18:36:58	Júlia Guimarães Reis da Costa	Aceito
Folha de Rosto	doc.pdf	11/11/2016 12:56:14	Júlia Guimarães Reis da Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cláudio Bittencourt s/nº
Bairro: Sãoatório CEP: 49.090-110
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79) 3105-1805 E-mail: cepfu@ufs.br

UFS - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE ARACAJU
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 1.967.375

ARACAJU, 16 de Março de 2017

Assinado por:
Anita Heringia Oliveira Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Saldes nº
Bairro: Santa Lúcia CEP: 49.060-110
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)2105-1805 E-mail: cephu@ufu.br

ANEXO 6

O EXEMPLO ABAIXO REFERE-SE A ARTIGOS ORIGINAIS.

Título em português

Exemplo: A casa é amarela. **(Apenas a 1ª letra deve ser maiúscula, ou nos casos de nomes próprios).**

Fonte: Arial; tamanho 12; negrito; espaçamento entre linhas: 1,5; alinhado a esquerda.

Título em inglês

Titulo curto em português:

Titulo curto em inglês:

Fonte: Arial; tamanho 12; espaçamento entre linhas: 1,5; alinhado a esquerda.

Resumo

Mínimo de 150 e máximo de 250 palavras.

Objetivo: xxxxxxxxxxxxxx. *Método:* xxxxxxxxxxxxxx. *Resultado:* xxxxxxxxxxxxxx.

Conclusão: xxxxxxxx.

Palavras-chave: Xxxxxx. Xxxxxxxxxx.

Mínimo de 03 palavras e máximo de 06 palavras, de acordo com DeCS, separadas por ponto, utilizar letra maiúscula.

Abstract

Mínimo de 150 e máximo de 250 palavras.

Objective: xxxxxxxx. *Method:* xxxxxxxx. *Result:* xxxxxxxxxxxxxx. *Conclusion:*

xxxxxxxxxx.

Keywords: Caregivers. Homes for the Aged. Elderly. Palliative Care.

INTRODUÇÃO

Deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; Espera-se que a introdução seja concisa e objetiva.

O objetivo é o item central para o alinhamento do manuscrito, e refere-se à pergunta a ser respondida pelo estudo. O objetivo na introdução deve ser compatível com aquele apresentado no resumo.

Ao final da introdução deve estar explícito o objetivo do estudo.

Dicas:

- Evitar expressões pouco específicas: possivelmente, talvez, atualmente, hoje em dia, recentemente;
- et al.: não deve estar em itálico;
- Desvio-padrão: usar conforme exemplo ($\pm 15,92$);
- A palavra “Score” deve estar em itálico;
- Não utilizamos plural em siglas: usar conforme exemplo: “as UTI neonatais”;
- A escrita por extenso deve ser feita quando utilizar a numeração do 0 ao 9: usar conforme exemplo: “de um a três anos”;
- Referência de autores no corpo do texto. Exemplo:

Um único autor: Teixeira¹ afirma que..

Dois autores: Teixeira e Veras¹ afirmam que..

A partir de três autores: Teixeira et al.¹ afirmam que..

- Testes e teorias devem ser escritos da seguinte forma: “Teste qui-quadrado”, “Teste Get Up and Go”, “Timed Up and Go”, “Escala de Equilíbrio de Berg”, “Velocidade de Marcha”, “Teste de Sentar e Levantar”, “Teste exato de Fischer”, “critérios START e STOPP”, “Miniexame de Estado Mental”, “escala Likert”.

**Introdução + Método +
Resultado + Discussão +
Conclusão +
Agradecimento = máximo
de 4 mil palavras.**

**Não utilizar numeração
nas páginas. Evitar notas
de rodapé.**

**Fonte: Arial; tamanho 12;
espaçamento entre linhas:
1,5; alinhado a esquerda.**

MÉTODO

Deve informar a procedência da amostra, o processo de amostragem, dados do instrumento de investigação, estratégia de análise utilizada, delineamento do estudo, variáveis e instrumentos utilizados, métodos estatísticos, seguindo a lógica da pesquisa de forma detalhada.

Indicar os critérios de inclusão e exclusão, quando couber.

Nos estudos envolvendo seres humanos, deve haver referência à existência de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido.

RESULTADO

Devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem autoexplicativas, informando a significância estatística, quando couber.

DISCUSSÃO

Deve explorar os resultados, apresentar a interpretação/reflexão do autor fundamentada em observações registradas na literatura atual e as implicações/desdobramentos para o conhecimento sobre o tema. As dificuldades e limitações do estudo podem ser registradas neste item.

CONCLUSÃO

Apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho de forma clara, e indicar formas de continuidade do estudo.

Nesta seção, não usar siglas.

AGRADECIMENTO

Parágrafo com até cinco linhas.

REFERÊNCIAS

Devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver.

Apresente as referencias mais atuais possíveis.

Referências: máximo de 35.

50% das referências devem ser publicações datadas dos últimos 5 anos.

Exemplo para artigos de periódicos com até 6 autores:

Bosch JP, Saccaggi A, Lauer A, Ronco C, Belledonne M, Glabman S. Renal functional reserve in humans: effect of protein intake on glomerular filtration rate. AM J Med 1983;75(6):943-50.

Autor(es) Bosch JP, Saccaggi A, Lauer A, Ronco C, Belledonne M, Glabman S.

Título: subtítulo Renal functional reserve in humans: effect of protein intake on glomerular filtration rate. **Título do Periódico** AM J Med **ano** 1983;**volume** (vol.75)(n.)(6):**intervalo de páginas** (943-50).

Autor(es). Título: subtítulo (se houver). Título do Periódico ano;vol.(n.):intervalo de páginas.

Exemplo para artigos de periódico na internet com mais de 6 autores:

Dias-da-Costa JS, Galli R, De Oliveira EA, Backers V, Vial EA, Canuto R, et al. Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos brasileiros. Cad Saúde Pública 2010 [acesso em 26 jan. 2016];26(1):79-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100009&script=sci_abstract&tlng=pt

Autor(es) Dias-da-Costa JS, Galli R, De Oliveira EA, Backers V, Vial EA, Canuto R, et al.. **Título: subtítulo** Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos brasileiros. **Título do Periódico** Cad Saúde Pública **[Internet] ano** 2010 **[data de acesso]** acesso em 26 jan. 2016;**volume** vol26 (n.)(1):**intervalo de páginas** 79-89. **Disponível em:**

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100009&script=sci_abstract&tlng=pt

Autor(es). Título: subtítulo (se houver). Título do Periódico [Internet] ano [data de acesso];vol.(n.):intervalo de páginas. Disponível em:

TABELAS/FIGURAS/QUADROS

Exemplo:

Tabela 1. Itens necessários para uma casa. São Paulo, SP,

Título da tabela: Tamanho da fonte: 12. Incluir informação do Estado, cidade do evento/coleta + Ano do evento.

As linhas externas devem ser mais grossas que as internas.

Dicas:

- Não repita dados da tabela/gráfico no corpo do texto;
- O título das tabelas/figura/gráficos devem ser autoexplicativo (título detalhado, siglas por extenso);
- O número das casas decimais deve ser padronizado;
- A separação dos subitens da tabela poderá ser feito utilizando uma linha horizontal;
- n e % devem ser apresentados na mesma coluna, conforme no exemplo abaixo.
- Média e desvio-padrão devem ser apresentados na mesma coluna. Exemplo: 70,96 ($\pm 15,92$);

Tabela 1. Itens necessários para uma casa. São Paulo, SP, 2016.

Itens	n	%	Objetos
Sala			
Sofá	7	(5%)	5
Mesa	2	(6%)	7
Cama	6	(4%)	9
Quarto			
Sofá	1	(4%)	5
Mesa	0		7
Cama	1	(4%)	9

Tabela elaborada pelos próprios autores.

Corpo da tabela: Fonte: Arial. Tamanho da fonte: 11, sem negrito, alinhado à esquerda, espaçamento entre linhas: simples. Legenda: Tamanho da fonte: 10.

Título: Tamanho da fonte: 11. Incluir informação do Local do evento/coleta + Ano do evento. Corpo do gráfico: Fonte: Arial. Tamanho da fonte: 10.

GRÁFICOS/FIGURAS/QUADROS

Devem ser enviados de forma editáveis, não como imagens.

Referenciar texto: número sobrescrito antes da pontuação.

REFERENCIAR TEXTO

Exemplo de referências: O índice de mortalidade infantil vem decrescendo nos últimos anos¹. De acordo com Duarte², esses casos etc.

CITAÇÃO

Exemplo de transcrição de entrevista:

Recuo de 4 cm, entre linhas: simples, fonte: arial, tamanho 11, entre aspas.

“É mais a dependência, né? [...] em relação a ... levar ele a ... determinados lugares e ... a questão da [...] gravação dos textos também, mais assim...devido, acho que a dificuldade da [...] percepção dele, né?” (Pedro).

Exemplo de citação explícita de autor:

Recuo de 4 cm, entre linhas: simples, fonte: arial, tamanho 11.

Não raro, as grandes coisas têm origem humilde. O Amazonas, o maior rio da Terra em volume de água, nasce de uma insignificante fonte entre duas montanhas de mais de inço mil metros de altura ao sul de Cuzco, no Peru.

O EXEMPLO ACIMA REFERE-SE A ARTIGOS ORIGINAIS.